

様式1-2

情報共有システム利用登録依頼書

カナミックネットワーク会員情報

| | |
|----------|--|
| 貴社名 | 一般社団法人 唐津東松浦医師会 |
| 担当者名 | 在宅医療・介護連携支援センター ぴあと |
| 連絡先 | Tel. 0955-75-5170 fax 0955-75-5189 |
| ID 送付先住所 | 〒847-0041 佐賀県唐津市千代田町 2566-11 唐津地域医療総合保健医療センター4階 |

| | |
|---------|--|
| 紹介元医療機関 | |
|---------|--|

*****情報共有システム ID 発行依頼先情報*****

____年 ____月 ____日

※法人の場合は法人名もご記入ください

| | | |
|------------------------|---------------------------|---|
| 医療 機 関 情 報 | (フリガナ) 医療機関名 (法人名等) | |
| | (フリガナ) 代表者名 | 印 |
| | 住 所 | 〒 |
| | 電話番号 | |

| No. | (フリガナ) システム利用者氏名 | 職 種 |
|-----|---------------------|---------------|
| 1 | (フリガナ) | 医師・看護師・その他() |
| | (氏 名) | |
| 2 | (フリガナ) | 医師・看護師・その他() |
| | (氏 名) | |
| 3 | (フリガナ) | 医師・看護師・その他() |
| | (氏 名) | |
| 4 | (フリガナ) | 医師・看護師・その他() |
| | (氏 名) | |
| 5 | (フリガナ) | 医師・看護師・その他() |
| | (氏 名) | |

※ 情報共有システム利用に当たっては、裏面の誓約事項を遵守いたします。

Ver.20150509